

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1899

THÈSE N° 387

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le jeudi 1^{er} juin 1899, à 1 heure

Par M. FRETTEL

Né à La Haye-Pesnel (Manche) le 31 décembre 1872

Ancien interne à l'Hôtel-Dieu du Mans

DE LA FIÈVRE DANS LE CANCER

Président : M. HUTINEL, professeur.

*Juges : { MM. RÉMY, professeur.
ACHARD et LAUNOIS, agrégés.*

Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les différentes parties de l'enseignement médical.

PARIS

JOUBE ET BOYER

IMPRIMEURS DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

15, rue Racine, 15

1899

387

THÈSE

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1899

— THÈSE N° —

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le jeudi 1^{er} juin 1899, à 1 heure

Par M. FRETTEL

Né à La Haye-Pesnel (Manche) le 31 décembre 1872

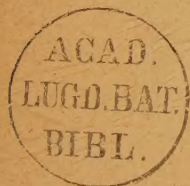
Ancien interne à l'Hôtel-Dieu du Mans

DE LA FIÈVRE DANS LE CANCER

Président : M. HUTINEL, professeur.

*Juges : { MM. RÉMY, professeur.
ACHARD et LAUNOIS, agrégés.*

Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.



PARIS
JOUVE ET BOYER

IMPRIMEURS DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

15, rue acine, 15

1899

FACULTE DE MÉDECINE DE PARIS

Doyen.		M. BROUARDEL
Professeurs		MM.
Anatomie.		FARABEUF.
Physiologie.		CH. RICHET.
Physique médicale.		GARIEL.
Chimie organique et chimie minérale.		GAUTIER.
Histoire naturelle médicale.		BLANCHARD.
Pathologie et thérapeutique générales.		BOUCHARD.
Pathologie médicale.	{	DEBOVE.
Pathologie chirurgicale.		HUTINEL.
Anatomie pathologique.		LANNELONGUE
Histologie.		CORNIL.
Opérations et appareils.		MATHIAS DUVAL
Matière médicale et pharmacologie.		TERRIER.
Thérapeutique.		POUCHET.
Hygiène.		LANDOUZY
Médecine légale.		PROUST.
Histoire de la médecine et de la chirurgie		BROUARDEL.
Pathologie expérimentale et comparée.		N.....
		CHANTEMESSE.
Clinique médicale.	{	POTAIN.
		JACCOUD.
Maladie des enfants.		HAYEM.
Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale		DIEULAFOY
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.		GRANCHER.
Clinique des maladies du système nerveux.		
Clinique chirurgicale.	{	JOFFROY.
		FOURNIER.
Clinique ophthalmologique.		RAYMOND.
Clinique des maladies des voies urinaires.		BERGER.
Clinique d'accouchements.	{	DUPLAY.
		LE DENTU
		TILLAUX.
		PANAS.
		GUYON.
		BUDIN.
		PINARD.
Agrégés en exercice.		
MM.		
ACHARD	DESGREZ	LEJARS
ALBARRAN	DUPRÉ	LEPAGE
ANDRE	FAURE	MARFAN
BONNAIRE	GAUCHER	MAUCLAIRE
BROCA (AUG.)	GILLES DE LA	MENETRIER
BROCA (ANDRÉ)	TOURETTE	MERY
CHARRIN	HARTMANN	ROGER
CHASSEVANT	LANGLOIS	SEBILEAU
DELBET	LAUNOIS	TEISSIER
	LEGUEU	THIERY
		THIROLOIX
		THOINOT
		VAGUEZ
		VARNIER
		WALLICH
		WALTHER
		WIDAL
		WURTZ

Chef des Travaux anatomiques : M. RIEFFEL.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A LA MÉMOIRE DE MON PÈRE
ET DE MA MÈRE

A MA SŒUR

A MES PARENTS ET AMIS

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR HUTINEL

Médecin des hôpitaux
Chevalier de la Légion d'honneur

DE LA FIÈVRE DANS LE CANCER

AVANT-PROPOS

Arrivé au terme de nos études médicales, nous avons à cœur d'exprimer notre reconnaissance à tous ceux qui, par leurs conseils et par leurs enseignements, ont contribué à notre instruction.

Nous remercierons tout d'abord nos maîtres de la Faculté et des hôpitaux de Paris, principalement MM. les Professeurs agrégés : Polaillon, Reclus, Charrin et M. le Dr Merklen, dans le service desquels nous avons eu l'honneur de faire notre stage.

Nous adressons un respectueux souvenir à la mémoire du regretté professeur Tarnier ; nous avons eu l'honneur d'être un de ses derniers élèves, nous nous rappellerons toujours ses inoubliables leçons.

Pendant notre séjour au Mans, tous les chefs de service, après nous avoir fait le meilleur accueil, nous ont témoigné la plus grande bienveillance ; nous prions MM.

es D^{rs} Méliçon, Le Bail, Rocher, Hervé et Goutard d'agréer nos sincères remerciements.

Nous avons eu l'honneur d'être pendant une année l'interne de M. le D^r Drouin ; qu'il veuille bien agréer l'expression de notre vive gratitude pour son excellent enseignement de la pratique chirurgicale et ophtalmologique, ses conseils judicieux et la bienveillante sympathie qu'il a montrée à notre égard.

M. le D^r A Bergé, ex-interne des hôpitaux de Paris, a toujours été pour nous un guide et un ami ; il nous a donné l'idée de ce travail et a bien voulu nous aider de ses conseils. Nous l'en remercions vivement et le prions de croire que nous n'oublierons pas l'intérêt qu'il nous a toujours porté.

M. le professeur Hutinel nous a fait l'honneur d'accepter la présidence de cette thèse : nous lui en sommes profondément reconnaissant.

CHAPITRE I

Historique.

Pendant longtemps, le cancer a été considéré comme une affection exempte de fièvre. Cette constatation passée au rang de vérité était même si généralement admise qu'on était allé jusqu'à faire de l'apyrexie un élément de diagnostic différentiel absolu entre le cancer et diverses maladies. De nos jours encore, malgré que l'attention ait été attirée de ce côté par plusieurs publications françaises et étrangères, assez récentes, il est vrai, la plupart des médecins ont une tendance à mettre sur le compte d'une maladie intercurrente toute fièvre survenant au cours de l'évolution d'une affection diagnostiquée cancer. C'est ce qui explique pourquoi, dans les observations si nombreuses ayant trait à la marche et à la symptomatologie des cancers, on en trouve relativement peu où la température soit indiquée d'une façon précise et suivie, et commentée au point de vue pathogénique.

Si nous consultons la bibliographie médicale, nous voyons que plusieurs auteurs, et non des moindres, nient d'une manière générale la fièvre dans le cancer, ou ne l'admettent qu'à titre d'exception.

Bayle et Cayol, dans le *Dictionnaire des Sciences médicales* (art. Cancer) disent textuellement :

« Un des principaux caractères de la cachexie cancéreuse est, qu'en général, la fièvre s'y joint fort tard, et manque même parfois entièrement. On voit des malades mourir dans le marasme par suite d'un cancer du sein, de l'estomac ou du foie, sans avoir eu de fièvre hectique bien caractérisée. »

Grisolle professe la même opinion, et, tout en reconnaissant, que par fois, certains cancéreux présentent dans les derniers temps un mouvement fébrile symptomatique le plus souvent d'une complication phlegmasique, déclare en parlant du cancer du foie, que « les malades atteints de cette variété de cancer lui ont paru apyrétiques, comme tous les cancéreux ».

Lebert, dans son traité des Maladies cancéreuses (Paris 1851) s'occupant du Cancer en général, dit que « la fièvre est ordinairement peu considérable ou nulle, et lorsqu'elle devient plus forte, cela tient à une maladie intercurrente ou à une de ces inflammations qui surviennent souvent à la fin ».

Comme on le voit, *Bayle et Cayol*, *Grisolle et Lebert*, pour ne citer que ceux-là, considèrent que la fièvre n'est pas un symptôme propre au cancer ; elle peut exister à la période ultime, mais il faut chercher sa cause ailleurs (maladies intercurrentes ou complications).

Par contre, d'autres auteurs ont professé une opinion différente. Le premier en date est, croyons-nous, *Monneret*, qui, en 1855, décrivit une fièvre spéciale dans le cancer du foie et crut même pouvoir s'en servir pour établir le

diagnostic de cancer de cet organe. « On ne peut, dit-il, qu'être confirmé dans ce diagnostic (cancer du foie), si l'on trouve une tumeur inégale, bosselée, correspondant au foie, dont le développement s'accompagne de douleurs vives revenant le soir, la nuit..., si la fièvre avec redoublement et sueurs pendant la nuit se manifeste.... ; si une notable exacerbation se fait apercevoir dans les symptômes tels que la fièvre, la céphalalgie (cette exacerbation ayant lieu vers la fin de jour ou la nuit). » D'après lui, un mouvement fébrile exacerbant ou intermittent coïncidant avec les symptômes habituels, indique d'une façon sûre que le cancer a élu domicile dans l'organe.

En 1878, dans une communication à la Société de Chirurgie, M. Verneuil citait deux observations de tumeurs de la cuisse gauche : l'une fibro-colloïde, l'autre sarcomateuse accompagnées d'une fièvre intense (38 à 39°) et très tenace qui disparut immédiatement et complètement après l'opération. M. Verneuil en concluait que des néoplasmes simples en apparence, n'offrant ni dégénérescence, ni complications, pouvaient déterminer une élévation appréciable de la température, et que le seul traitement était l'opération.

Brinton est également catégorique, et dans son traité des maladies de l'estomac, s'exprime en ces termes : « Les symptômes fébriles accompagnent le cancer de l'estomac bien plus souvent qu'on ne le suppose généralement.... L'ulcération, l'inflammation et la péritonite en sont des causes aussi fréquentes que la maladie primitive ou l'épuisement qui en résulte. Cependant, c'est ce dernier

fait qui semble déterminer ces symptômes dans la majorité des cas. »

Murchison, Hampeln, et plus récemment Devic et Chartin ont repris la question : nous aurons l'occasion, au cours de ce travail, de parler des observations intéressantes qu'ils ont publiées à ce sujet. Nous nous contenterons pour l'instant de noter qu'actuellement la presque totalité des auteurs est d'accord pour reconnaître que la fièvre dans le cancer n'est pas si exceptionnelle qu'on l'a cru autrefois et qu'on la rencontrerait sans doute bien plus fréquemment si on avait soin toujours de la rechercher systématiquement.

CHAPITRE II

Causes de la fièvre dans le cancer.

Au point de vue clinique, on peut diviser le cancer en chronique et aigu. La forme chronique, commune, est celle où l'affection, le plus souvent locale, se développe lentement, et ne détermine que tardivement, au bout de plusieurs mois ou de plusieurs années, ce dépérissement, cette altération complète de la nutrition connue sous le nom de cachexie cancéreuse.

La forme aiguë, au contraire, est caractérisée par la marche rapide de la maladie. En quelques mois, quelques semaines, le cancer a parcouru son évolution, s'est assimilé l'organe qu'il a choisi, et le diagnostic n'est souvent alors possible qu'au lit de mort du malade.

D'autres fois, la marche est encore plus rapide. Simultanément, des granulations cancéreuses envahissent tout l'organisme, viscères et séreuses, et, en deux ou trois semaines, tout est terminé. Cette dernière forme est la carcinose miliaire; elle ressemble beaucoup à la granulie.

Les formes aiguës du cancer sont donc caractérisées par une ou plusieurs tumeurs à extension et évolution

rapides ; mais elles le sont surtout par l'apparition précoce de la fièvre qui est continue ou intermittente. Cette fièvre, apparaissant d'une façon brusque chez un sujet jusque-là bien portant, (comme cela arrive assez fréquemment) contribue à égarer singulièrement le diagnostic, et nombreux sont les cas de cancers de l'estomac ou du foie considérés et soignés comme des embarras gastriques ou ictères sans gravité jusqu'au moment où la cachexie, s'ajoutant aux autres symptômes, ne permet plus le doute.

Si différents que soient, en apparence, les symptômes de la forme aiguë et ceux de la forme chronique du cancer, au point de vue anatomique, les deux variétés sont bien identiques, car toutes deux possèdent le caractère principal des tumeurs malignes : elles ne rétrogradent jamais, et si, quelquefois, chez les vieillards par exemple, elles restent assez longtemps stationnaires, presque toujours elles ont une tendance à s'accroître ou à se généraliser.

Aigu ou chronique, le cancer est susceptible d'avoir de la fièvre, et cette fièvre peut survenir à toutes les périodes de la maladie : soit au début, ce qui arrive surtout lorsque l'affection pour une cause ou une autre doit évoluer rapidement, soit à la période de ramollissement, soit à la période d'ulcération.

L'étiologie et la pathogénie de la fièvre dans le cancer sont loin d'être uniques, aussi doit-on distinguer plusieurs variétés de fièvre.

A. — *Fièvre causée par une maladie intercurrente.*

La fièvre peut être le résultat d'une complication éloignée située dans un organe ou un appareil autre que celui qui est le siège du cancer. Tel est, par exemple, le cas d'un érysipèle de la face développé au cours d'un cancer de l'estomac, ou d'une pneumonie au cours d'un cancer du foie.

Cette cause est bien connue, et c'est d'elle qu'ont certainement voulu parler les auteurs qui, les premiers, ont observé des mouvements fébriles, pendant l'évolution du cancer ; mais, ces mouvements fébriles, ils les ont mis sur le compte d'une « affection intercurrente ». Si l'on s'en tient à leur opinion, il faut admettre que, dans ces cas, le cancer n'est pour rien dans la complication pyrétogène : pendant qu'il évolue naturellement, une grippe, un érysipèle, une pneumonie surviennent et se greffent sur lui ; il y a simple coïncidence de deux maladies.

C'est possible ; cependant, étant données les connaissances actuelles sur la pathogénie générale et la bactériologie, il y a lieu de penser que le cancer joue un rôle dans la production de la complication, et s'il n'en est pas la cause directe, il en est souvent certainement la cause prédisposante.

Pour peu qu'on y réfléchisse, en effet, le cancer apparaît comme une affection essentiellement débilitante. Bien peu nombreuses sont les maladies qui imprègnent pareillement l'organisme et surtout qui l'épuisent autant et aussi vite. Chez le cancéreux, la plupart des fonctions impor-

tantes de l'économie (digestion, circulation) s'exécutent mal. Dès lors, la nutrition se ralentissant tandis que la maladie s'accroît, le cancéreux est une victime toute désignée pour l'infection, et comme la plupart des maladies fébriles sont infectieuses, il est plus que tout autre apte à les contracter, il est en état de réceptivité. Son cancer a donc été dans ce cas la cause générale prédisposante de l'affection dite « intercurrente ».

Les observations relatant des faits de ce genre sont tellement nombreuses et communes que nous ne jugeons point nécessaire de citer des exemples.

B. — *Fièvre due à une complication septique éloignée.*

Dans cette variété, la fièvre est le résultat d'une complication septique éloignée, mais le cancer doit être incriminé comme porte d'entrée de l'infection secondaire.

L'infection ne peut en effet survenir que si elle trouve une porte ouverte, autrement dit : une plaie. A l'état normal, le revêtement des milieux intérieurs (épithélium stomacal, intestinal ou bronchique) protège suffisamment contre l'infection les organes qu'il recouvre. Mais qu'une inflammation survienne, qu'une érosion se produise, une porte est créée et les microbes y pénètrent.

Dans le cas qui nous occupe, on conçoit facilement que le cancer puisse lui aussi à un moment ou à un autre se laisser infecter. Du fait même de son évolution, il y est exposé plus que tout organe. Il arrive en effet souvent,

par suite de dégénérescences diverses, une période où il se ramollit; la moindre irritation pourra alors l'ulcérer : de plus, véritable corps étranger implanté et vivant au milieu des tissus, il se développe irrégulièrement, s'étend à certains endroits, comprime les vaisseaux, et offre une circulation défectueuse, si bien qu'à un moment quelconque de sa marche, certaines de ses cellules, mal nourries se nécrobiosent; un terrain est préparé, une plaie existe qui est vouée à l'infection et s'infectera fatalement. Le moment ne se fera pas attendre si le milieu est septique (intestin, estomac); ce sera plus long s'il renferme peu ou pas de germes pathogènes (poumon), il faudra alors attendre, ou que des germes soient apportés du dehors, ou que la virulence des germes existants augmente en même temps que la résistance de la partie lésée diminue.

L'observation suivante nous semble intéressante à donner comme exemple : elle montre une complication septique éloignée, une véritable pyohémie causée par l'ulcération d'un cancer ignoré.

OBSERVATION I (résumée).

Cancer latent de la face postérieure de l'estomac. Pyohémie streptococcique secondaire (Deguy, Bull. Soc. Anat., 1896.

Le nommé M... Ed..., 71 ans, entre le 14 mai 1896, salle Damaschino, service de M. Gingeot, pour dyspnée et douleurs thoraciques. N'a jamais eu de troubles digestifs.

A l'examen : température 39°; poumons très emphysémateux; quelques râles ronflants. Rien au cœur. Diminution des

urines, mais pas d'albumine. Peu d'appétit. Le lendemain 39°,3 le soir; toujours peu d'urines (500 gr.). Le 17, au matin, T. 38°,2. Le soir à 6 heures, la température tombe à 37°,3, le malade est anhélant avec orthopnée; le surveillant raconte qu'il a été pris vers 2 heures de douleurs dans le côté droit, puis de vomissements verdâtres, porracés, abondants et enfin de dyspnée. Les vomissements étaient comme purulents. A l'examen, un peu de matité à la base droite du poumon. Rien à l'auscultation. Une première ponction exploratrice reste négative; une seconde faite un peu plus bas, ramène une seringue de liquide séro-purulent louche. Le malade meurt à 7 heures au moment où on allait faire la thoracentèse. Le liquide examiné renferme une quantité énorme de streptocoques.

Autopsie. — Poumons très emphysémateux; dans la base de la plèvre droite, on retire un verre de liquide identique à celui retiré par la ponction. Rien dans le péricarde. Rien d'anormal au cœur. Paroi de l'aorte très congestionnée.

Dans le péritoine, on trouve dans les endroits déclives, dans le petit bassin et dans les flancs une petite quantité du même liquide séro-purulent. Dans l'arrière cavité des épiploons se trouve également un peu de la sérosité louche et purulente. L'estomac, très dilaté, renferme une assez grande quantité de liquide séro-purulent, puis à la face postérieure, un noyau cancéreux de la grosseur d'une noix. Près d'un des bords de la petite tumeur, la paroi stomacale est extrêmement amincie et le péritoine très enflammé à ce niveau. On ne peut trouver l'orifice de communication entre l'estomac et le péritoine, bien qu'au niveau de cet amincissement on voie sourdre de très fines gouttelettes du liquide séro-purulent. Il y a donc un petit pertuis qu'il est impossible de voir à l'œil nu. Il ne paraît y

avoir de noyaux cancéreux secondaires qu'autour de la tumeur. Au microscope on a vu qu'il s'agissait d'un épithélioma cylindrique ordinaire.

C. — *Fièvre due à une complication septique
de voisinage.*

La fièvre est due à une infection située au voisinage du cancer lui-même. C'est ce qui arrive, par exemple, lorsque survient une péricardite au cours d'un cancer ulcéré de l'œsophage ; un abcès périnéphrétique au cours d'un cancer du rein ; une péritonite généralisée ou partielle au cours d'un cancer de l'intestin.

Nous pourrions citer beaucoup d'observations à ce sujet, car les complications de ce genre abondent ; nous nous contentons d'en citer une qui nous paraît vraiment remarquable et peu commune.

OBSERVATION II (Résumée).

Publiée par le D^r Tournier (Lyon médical, 1897).

Cancer de l'estomac et périgastrite suppurée.

Il s'agit d'une malade âgée de 41 ans, entrée le 4 juillet 1896 et morte le 6 août 1896.

Cette malade, ancienne dyspeptique, accusait des troubles gastriques fort douloureux depuis trois mois.

A son arrivée à l'hôpital, le facies est pâle sans teint jaune paille, les traits tirés, douloureux. On sent dans l'hypocho-

dre gauche une masse volumineuse à surface inégale descendant à peu près à l'ombilic. *Température : 38°5.*

Le diagnostic fut : ulcère et péricarite.

Du 4 au 16 juillet l'état général décline. *La fièvre a persisté* un peu irrégulière, ordinairement à 37°,7 le matin et 38°,4 le soir jusqu'au 23 juillet, la température a persisté, puis s'est tenue entre 37°,6 et 38 (température axillaire).

Le 24 juillet. — On constate des battements épigastriques et la tuméfaction épigastrique, descendue au-dessous de l'ombilic pointée en dehors, visible à l'œil, surtout dans la région ombilicale. Le diagnostic de suppuration est affirmé et l'on discute l'idée d'une intervention sans oser se décider pour l'affirmative. Mort le 6 août.

Autopsie. — A l'ouverture de l'abdomen, il s'écoule environ 250 à 300 grammes de liquide clair. L'abdomen apparaît séparé en deux portions : l'une, inférieure, libre de toute adhérence, sans trace d'inflammation ; l'autre supérieure constituée par le foie soudé à gauche à une masse occupant la région de l'estomac et se limitant nettement en bas à peu près à 5 travers de doigt au-dessous des fausses côtes. L'hypochondre gauche fait saillie, comme pendant la vie. La peau est adhérente dans la région de l'estomac, et, en outre, sur l'étendue d'une pièce de cinq francs, à gauche et au-dessus de l'ombilic, elle est partiellement détruite.

Avec le doigt, on détache assez facilement les adhérences qui unissent la paroi abdominale à la face antérieure de l'estomac. Ces adhérences sont molles, aréolaires *avec du pus jaunâtre disséminé dans les aréoles.*

L'autopsie démontra en outre la présence d'un cancer de l'estomac ulcéré et de deux noyaux secondaires dans le foie.

Les autres organes ne présentaient rien de particulier.

D. — *Fièvre due à l'infection du cancer lui-même*
(abcès, ulcérations, etc.).

Quatrième variété. — La fièvre résulte d'une infection de la masse cancéreuse elle-même. C'est ce qui arrive dans les cancers ulcérés ; la plaie cancéreuse ne demande qu'à s'infecter, et, pour cela, les moyens ne manquent pas. Bien rares sont les cancers à l'abri de l'infection : (nous ne voulons pas parler ici des cancers externes qui subissent le sort de toute plaie) ; que le cancer occupe l'estomac, le foie, l'intestin, le poumon, s'il est ulcéré, il sera un jour ou l'autre infectable et par suite infecté par un des nombreux agents septiques avec qui il est en contact perpétuel.

C'est ce qui arrive encore, lorsque, sous une influence quelconque, un traumatisme, par exemple, la masse cancéreuse s'enflamme et s'abcède ; de même, dans les lymphangites péri-cancéreuses et les phlébites infectieuses ayant pour point de départ le cancer.

L'observation suivante est intéressante à ce propos :

OBSERVATION III (résumée).

Cancer primitif de la vésicule biliaire. Propagation au foie, à l'épiploon et au colon. Suppuration des noyaux néoplasiques.
Blanc et Launay. Bull. Soc. Anat., 1897.

Paul S... 56 ans, entre le 29 octobre 1893 à l'hôpital Saint Antoine, salle Velpeau n° 30. Pas d'antécédents.

A son arrivée : état général médiocre, ictère, perte complète de l'appétit, langue fuligineuse, pouls à 100, petit, température : 38°. Localement, on se trouve en présence d'une tumeur volumineuse de la région hépatique, régulière, mate, fluctuante dans son tiers inférieur, dont le début remonte à 2 ans au moins, au dire du malade, ayant pris des allures alarmantes dans ces deux derniers mois et s'accompagnant depuis quinze jours de fièvre (38° à 39°,5) avec phénomènes généraux graves. Le diagnostic hésite entre kyste hydatique suppuré et cancer du foie. La marche lente (2 ans) la régularité de la tumeur, la fluctuation, font pencher pour la première hypothèse et la laparotomie est décidée.

L'opération est faite le 3 novembre. A l'ouverture du ventre, un peu d'ascite. La surface convexe du foie est normale.

En soulevant le bord antérieur pour explorer la face inférieure, un flot de pus apparaît dans l'angle inférieur de la plaie. Le foyer vidé, on explore avec le doigt et on trouve une cavité limitée partout par des adhérences. Songeant à la possibilité d'un abcès profond, on fait une ponction au niveau d'un point qui paraît plus mou et on retire une cuillerée à café de pus. L'incision au bistouri découvre une petite cavité purulente. On conclut à des abcès multiples du foie avec périhépatite suppurée. Nettoyage, drainage et pansement sans sutures. L'examen du pus décèle la présence du streptocoque et du coli-bacille.

Le soir, le malade a 38°, le pouls est mou, petit, la langue rôtie, la respiration courte, saccadée. Le lendemain, l'état général empire. Mort le 5 novembre.

Autopsie. — On enlève d'un seul coup la masse hépatique et tout ce qui lui est fixé. Le tout forme une masse informe. La vésicule biliaire, dégénérée, renferme 2 ou 3 gros calculs ; ses

parois sont dures, infiltrées, et elle fait corps avec un gros noyau épiploïque cancéreux. Le centre de ce noyau est creusé en cavité puriforme et c'est cette cavité au centre du noyau épiploïque dégénéré qui s'est vidée au cours de l'opération. Ce gros noyau néoplasique a envahi le colon et végète dans l'intestin. On trouve trois gros noyaux secondaires dans le lobe droit du foie, tous trois, comme le noyau épiploïque, ramollis, creusés au centre d'une cavité puriforme. L'examen histologique montre qu'il s'agissait d'un carcinome.

E. — *Fièvre essentielle du cancer. (fièvre cancéreuse).*

Tous les cas précédents se rapportent, on le voit, à des infections ; la fièvre est par conséquent septique. Or, il semble qu'il y ait place pour une autre variété de fièvre, sans contredit la plus intéressante, qui est liée au développement même de la néoplasie en l'absence de toute infection.

Cette fièvre, qu'on pourrait appeler *cancéreuse*, paraît se rencontrer surtout dans les cancers à évolution rapide; elle appartient tantôt à la forme massive de ces cancers, tantôt à la carcinose miliaire.

Les recherches que nous avons faites nous ont montré qu'il existait fort peu d'observations à ce sujet; nous sommes cependant persuadé qu'il y en a un certain nombre, plus grand peut-être qu'on ne le suppose : plusieurs relations de cancers fébriles nous ont paru assez convaincantes, malheureusement, nous n'avons pas le droit de les citer comme preuves parce qu'elles ne sont pas assez

complètes. Tantôt on a négligé d'indiquer d'une façon suivie la marche de la température, tantôt (et ceci est plus grave) on n'a pas donné de détails suffisants sur l'autopsie et l'examen histologique.

Que faudrait-il en effet pour pouvoir, dans un cas donné, affirmer l'existence de la *fièvre cancéreuse* ?

Il faudrait deux choses :

1° Ne rien trouver à l'autopsie qui puisse expliquer la fièvre, en dehors du cancer ;

2° Constater que le cancer n'est pas ulcéré ni abcédé et que par conséquent la fièvre ne relève pas d'une des complications que nous avons indiquées à ce propos.

Voici quelques-unes des observations que nous avons recueillies à ce sujet dans la bibliographie médicale ; elles nous paraissent les plus probantes. Nous les discuterons si besoin est, après les avoir citées. Nous les citons par ordre chronologique.

En 1875, Murchison faisait à la *Clinical Society* de Londres une communication très intéressante pour montrer que la fièvre pouvait survenir dans un cancer exempt de complications. Nous reproduisons cette communication d'après la traduction qu'en fit à cette époque la « *Presse médicale* ».

OBSERVATION IV

Murchison (The Lancet 1875).

De l'élévation de la température dans le cancer.

D'après Wunderlich, la fièvre serait généralement liée à des complications. D'après le Dr Murchison, elle pourrait dans cer-

tains cas ne dépendre que de la maladie elle-même. A l'appui de son opinion, il cite le cas d'un charpentier qui à la suite de fatigue excessives, éprouva une douleur vive du testicule gauche avec gonflement de cet organe.

Cela se passait 6 mois avant son entrée à l'hôpital. Plus tard, il commença à ressentir une pesanteur dans l'hypochondre droit avec augmentation du volume du foie.

Ces symptômes s'aggravèrent rapidement et s'accompagnèrent de sueurs nocturnes abondantes et d'une émaciation rapide.

A son entrée à l'hôpital, sa température était de 101° (Fahrenheit). Le foie descendait jusqu'à la crête iliaque et s'élevait à un pouce 1/2 au-dessus du mamelon ; sa surface était lisse et tendue, il y avait un peu d'ictère et pas d'ascite. L'urine avait une densité de 1018 et contenait un peu d'albumine, il y avait un peu de toux et quelques râles en arrière des poumons ; le pouls était à 120. Les symptômes s'accrochèrent de plus en plus et la mort survint après quelques jours de délire. Une seule fois il y eut un frisson violent suivi de chaleur et de sécheresse de la peau.

Pendant tout ce temps, la température s'était maintenue dans les environs de 100° (Fahrenheit).

A l'autopsie, on trouva le foie très volumineux et infiltré de tissu cancéreux vasculaire. *Il n'y avait pas de péritonite récente, ni aucune trace de processus inflammatoire dans le tissu hépatique lui-même.* Les ganglions abdominaux et le testicule gauche étaient également infiltrés de tissu cancéreux.

Les deux poumons présentaient des foyers analogues mais *sans aucune trace d'inflammation récente.*

Le cœur était parfaitement sain.

Cette observation méritait d'être citée. Sans être très complète, l'autopsie est suffisante ; elle montre que ni dans le cancer, ni dans son voisinage, ni même ailleurs on n'a trouvé de processus inflammatoires ; le cancer n'était donc pas ulcéré, et puisque les autres organes étaient sains, la fièvre ne devait avoir été produite que par le cancer lui-même.

Les deux observations publiées en 1878 par M. Verneuil et dont nous avons parlé au début de ce travail nous semblent convaincantes ; aussi les citons-nous en les résumant :

OBSERVATION V (Résumée)

Tumeur fibro-colloïde de la cuisse gauche. Verneuil.

B... 51 ans, vigoureux, pas d'antécédents morbides ; contusion de la cuisse il y a 3 ans.

En avril 1877 démangeaisons très vives à la cuisse puis apparition d'un gonflement qui augmente et constitue bientôt au 1/3 moyen de la cuisse une tumeur considérable, ferme à la base beaucoup plus molle au sommet et indolente. Etat général médiocre, forces diminuent, appétit nul, visage fatigué, mouvement fébrile le soir. Le tracé oscille pendant plusieurs jours entre 38° le matin et 38°5 le soir, puis il descend à 37°3 même à 36°8 pour remonter à plusieurs reprises à 39°. L'écart entre le matin et le soir est d'un degré à 1 degré 1/2. L'examen le plus minutieux des viscères ne put jamais rendre compte de ce mouvement fébrile. Un instant, en tenant compte de la fausse

fluctuation, de la fièvre, des symptômes généraux on pensa à un abcès à marche lente. En conséquence, on fit une ponction exploratrice qui ne donna issue qu'à quelques gouttes de sang.

Le 4 juin. — L'opération fut pratiquée; le thermomètre qui la veille au soir marquait $38^{\circ}4$ était descendu ce matin là. La perte de sang fut assez considérable; aussi la température descendit-elle dans le courant du jour à $36^{\circ}4$ (midi) 36° (3 h.) $35^{\circ}5$ (5 h. 1/2); mais, remontant brusquement, elle remontait à $37^{\circ}8$, (6 h.), 38° (8 h. 1/2) et enfin $38^{\circ}2$ (minuit). Le deuxième jour elle oscillait entre 37° et 38° . Le troisième et le quatrième jour elle atteignit le soir, comme maximum $38^{\circ}2$ puis tomba définitivement le cinquième jour à 37° pour ne plus dépasser $37^{\circ}6$.

Donc, à partir du moment où la tumeur fut supprimée, la fièvre cessa, si on met sur le compte de l'opération les deux légères ascensions jusqu'à $38^{\circ}2$ qui eurent lieu le troisième et le quatrième jour.

La tumeur présentait toutes les variétés du tissu conjonctif en voie d'hyperplasie. Tissu fibreux ou fibroïde, amas de corps fusiformes ou de cellules embryonnaires, matières colloïdes pures et masses volumineuses ou infiltrées au milieu des autres éléments morbides. La prédominance de cette matière et des cellules jeunes ferait appeler cette tumeur un myxo-sarcome.

OBSERVATION VI (résumée)

Verneuil.

Sarcome de la cuisse gauche chez une rhumatisante.

J..., Jeanne, 55 ans, domestique, franchement rhumatisante, fièvre typhoïde à 25 ans. Tumeur du volume des deux

poings siégeant à la cuisse gauche (pointe du triangle de Scarpa) le début remonte à 6 ans. A mesure que la tumeur augmentait, état général mauvais, l'appétit tombait, les accès de fièvre éclataient fréquemment et avec une telle intensité qu'au milieu des plus fortes chaleurs de l'été, la malade se chauffait au feu. A son entrée à l'hôpital, la température prise deux fois par jour, dénotait tout d'abord une fièvre continue évidente, 38° le matin, 39° le soir. Vers deux heures de l'après-midi, il y avait sensation de refroidissement. Je soupçonnais une fièvre intermittente ancienne, bien que la malade n'eût pas souvenir de l'avoir jamais eue et n'eut point habitude de contrée paludique. Je fis donner 60 centigrammes de sulfate de quinine pendant deux jours, la température tomba à 37°, puis remonta peu à peu. La quinine fut donnée de nouveau 3 jours de suite sans autre résultat que d'augmenter l'amplitude des oscillations du tracé. Le paludisme mis de côté, nous explorâmes soigneusement tous les viscères, ce que la maigreur rendait aisé, et nous analysâmes les urines à plusieurs reprises. Nous ne tirâmes aucune lumière de toutes ces explorations et nous en vinmes à conclure que la fièvre était entretenue par le néoplasme lui-même.

Depuis quelques jours, la température était irrégulière ; le 5, au soir : 39° ; le matin : 37° ; le 7 : 38°5 ; le 8, matin : 36°2 ; le 9, état stationnaire. Je ne pus découvrir la cause de ces irrégularités. Le 12 novembre, matin de l'opération 37°2, le soir, 36°4. Les jours suivants, oscillations entre 37° et 38°. Les suites opératoires furent excellentes et la fièvre ne reparut point. Le 13 décembre la malade demande à terminer sa guérison chez elle.

La tumeur est un sarcome fasciculé (T. fibro-plastique) dont la composition varie d'un point à un autre. Au centre, les élé-

mments sont à peine reconnaissables parce qu'ils sont ramollis ou infiltrés de graisse ou en état de microbiose. A la périphérie au contraire, on reconnaît la structure véritable du néoplasme. Ici, des masses de tissu fibro-plastique pur, dense ou infiltré de matière colloïde ; là, des amas d'éléments plus jeunes (cellules et noyaux embryoplastiques).

En 1888, le Dr Hampeln, de Riga, publia les trois faits suivants qui lui étaient personnels.

OBSERVATIONS VII, VIII, IX.

Dr Hampeln de Riga

Zeitschrift für klinische medicin, 1888.

Premier cas. — Homme de 57 ans, admis le 4 février 1883 à l'hôpital de Riga. Souffrait depuis 2 mois, tous les 3 jours, d'accès fébriles avec frisson, chaleur et sueur. Il paraissait bien portant, cependant la coloration de son visage était malade et anémique. Ponctions digestives normales. Pendant son séjour à l'hôpital, il survint 13 accès de fièvre avec frissons, chaleur et sueur. On crut à une suppuration cachée, périsplénique probablement. Ponction négative de la rate. Le patient sortit de l'hôpital et y revint le 3 juin de la même année accusant des douleurs et des vomissements. Amaigrissement considérable et anémie. Tumeur sentie dans la région épigastrique, accès fébriles répétés.

A l'autopsie : Carcinome médullaire *ulcéré* de la paroi postérieure de l'estomac. Foie normal. *Pas de suppuration.*

Deuxième cas. — Homme de 53 ans, admis le 17 juillet 1883.

Depuis 6 semaines, il souffrait de vomissements et depuis 2 semaines d'accès fébriles quotidiens avec frissons, chaleur et sueur. Bon état général. Tumeur épigastrique.

Jusqu'au 1^{er} septembre, date de la mort, il eut des accès fébriles à diverses reprises. A l'autopsie, *cancer médullaire ulcéré de l'estomac, adhérences de celui-ci au foie*. Noyaux secondaires dans le foie, le pancréas et les ganglions mésentériques. *Pas de suppuration.*

Troisième cas. — Femme de 40 ans, entrée le 22 août 1887. Pas d'antécédents héréditaires. A toussé à plusieurs reprises et a craché un peu de sang il y a dix ans. Depuis 5 ans souffrait de douleurs épigastriques avec diminution de l'appétit, sans nausées ni vomissements. Dans ces derniers temps, ces symptômes ont diminué. Depuis 6 mois, elle a remarqué la présence d'une tumeur dans le ventre, au-dessus de l'ombilic et souffre du ventre et de la poitrine. Jamais d'hémorrhagie gastrique ou intestinale. Toux légère ayant amené deux fois seulement des vomissements.

Ne garde pas le lit, mais depuis un an a beaucoup maigri ; grande faiblesse. Règles normales. *La malade se plaint souvent de fièvre intense survenant par accès depuis 7 mois presque toutes les deux nuits vers 2 heures du matin, avec les 3 stades classiques. Pendant les accès, soif vive, céphalée intense.* Dans les intervalles, sensation de bien-être. Au moment de l'entrée l'aspect de la malade est plutôt celui d'une phthisique que d'une cancéreuse. Bruit respiratoire affaibli du côté droit. Râles secs peu abondants dans les 2 fosses sus-claviculaires. Cœur normal. Pas de météorisme.

La tumeur abdominale située à gauche et au-dessus de l'ombilic prend part aux forts déplacements du diaphragme. Elle

est dure et est le siège de battements ; à son niveau, on entend un souffle systolique. Rien aux autres viscères. Pas de bacilles dans les crachats.

Pendant les quatre mois de séjour à l'hôpital, les accès fébriles furent le principal symptôme. Ils furent d'une intermittence irrégulière. La température atteignait 40° ou 41°, parfois même 42°, et après 5 ou 6 heures d'abondantes sueurs, tombait à 36 ou 37°. Il s'écoulait entre les accès, tantôt un seul jour, tantôt plusieurs (jusqu'à 7) pendant lesquels la malade se trouvait très bien. L'appétit fut longtemps bon, la digestion régulière et normale, sans vomissement. Les râles disparurent, néanmoins, la malade perdit 10 kilogs de son poids. Au bout d'un mois survinrent par accès des douleurs violentes au niveau de la tumeur, si violentes que les injections de morphine ne les calmaient pas. Deux mois après, les douleurs devinrent permanentes et plus violentes. Un chirurgien appelé pensa à une suppuration. On transporta la malade dans un service de chirurgie (décembre 1887). Là les accès fébriles se répétèrent tous les jours en même temps que les accès douloureux. Une incision exploratrice fut faite sans résultat. Huit jours après l'opération elle mourut d'épuisement.

Les dix derniers jours, point de fièvre ; les quatre derniers, hypothermie.

Autopsie. — Péritoine normal, sans épanchement.

Tumeur de la région pylorique d'aspect colloïde et détruite en grande partie : à la petite courbure adhérait un paquet ganglionnaire de la grosseur du poing, de consistance gélatineuse. Ganglions rétro-péritonéaux dégénérés. Aucun noyau métastatique. Nulle part de suppuration.

En 1892, MM. Devic et Chatin publièrent une observation très complète faisant suite en quelque sorte à celles d'Hampeln.

Il s'agissait d'un homme de 70 ans, sans antécédents pathologiques et atteint depuis quelque temps déjà d'artério-sclérose. Un cancer double de l'estomac s'était développé chez lui et avait détruit complètement la rate sans toucher aucun autre organe. Ce cancer avait évolué sans troubles digestifs d'aucune sorte et s'était accompagné d'accès fébriles intermittents ressemblant absolument à ceux d'une fièvre paludéenne à type quotidien. A l'autopsie : « la tumeur avait une surface ulcérée. »

MM. Devic et Chatin trouvant avec raison cette observation intéressante, croyaient pouvoir dans ce cas et dans ceux de Hampeln, qualifier la fièvre « d'essentielle » comme ne relevant que du cancer lui-même ; nous nous demandons s'ils avaient le droit au point de vue scientifique d'en tirer cette conclusion, et pour notre part, nous ne le pensons pas. Nous avons dit plus haut quelles conditions étaient, selon nous, nécessaires pour accuser légitimement le cancer d'avoir été pyrétoène. Or, ici, dans ces quatre observations, nous voyons que « le cancer était ulcéré », la fièvre peut alors très bien s'expliquer par l'infection.

De plus, il est dit que : « l'estomac, le duodenum, la « rate et le pancréas étaient reliés ensemble par de solides « des adhérences »... il y a donc eu à un moment quelconque des inflammations au voisinage du cancer et cela suffit pour expliquer les mouvements fébriles.

En 1893 le Dr Garcin étudiant la fièvre dans le cancer

de l'estomac, reproduit et commente longuement les faits de MM. Hampeln, Devic et Chatin; de plus il y ajoute cinq observations personnelles sur le même sujet.

Nous avons lu ces observations mais nous n'en avons trouvé qu'une qui puisse servir de preuve en faveur de la *fièvre cancéreuse*. Dans les autres, ou bien il n'est rien dit de l'aspect du cancer, (on se contente d'affirmer par l'autopsie son existence) ou bien la tumeur était ulcérée. Nous ne pouvons donc rien en conclure scientifiquement.

Voici l'observation dont nous venons de parler :

OBSERVATION X (Garcin).

Thèse de Lyon, 1893.

C... Antoine, tisseur, âgé de 60 ans, entré le 27 août 1878.
Pas d'antécédents pathologiques. Pas d'alcoolisme.

En octobre 1877 (il y a 11 mois) cet homme a commencé à ressentir de la douleur le long de l'œsophage chaque fois qu'il mangeait; la présence des aliments dans l'estomac amenait une sensation non moins pénible au niveau de l'épigastre, des renvois nidoreux jusqu'à ce que les matières alimentaires aient quitté l'estomac. Les vomissements amènent un soulagement notable. Pas de vomissements sanguinolents. La constipation, qui a duré environ trois mois, a cédé la place à une diarrhée aussi persistante. Les selles auraient eu une couleur brune noirâtre assez accusée.

Actuellement, grand amaigrissement, pâleur des téguments, mollesse des chairs, œdème des pieds et du scrotum.

Pas d'albumine. Foie normal. Pas de tumeur sensible de l'épigastre.

10 septembre. — Depuis plusieurs jours, les symptômes douloureux du côté de l'œsophage ont disparu ; l'ingestion des aliments ne réveille plus d'aussi vives douleurs qu'autrefois. Le foie paraît légèrement diminué de volume. Rien au cœur ; souffle systolique dans les vaisseaux du cœur. Pas de toux ; rien aux poumons. Sang décoloré ; un peu de diminution des globules rouges.

23 septembre. — La diarrhée a augmenté ; œdème des membres inférieurs.

26 septembre. — Le malade n'a plus que quatre ou cinq selles par jour. Urine trouble, rosée ; pas d'albumine.

28 septembre. — La diarrhée a diminué. Trois selles par jour ; le malade a beaucoup pâli.

1^{er} octobre. — *Ce matin sans cause, frissons répétés, suivis de chaleur. A la visite, peau brûlante ; température rectale, 39°9 ; pouls : 112°*

Le malade n'a aucun autre malaise ; langue sans enduit ; c'est le premier accès de fièvre.

On donne 40 centigr. de sulfate de quinine.

8 octobre. — *Toujours état analogue ; le malade ne souffre nulle part. Appétit nul.*

12 octobre. — Le malade se plaint de nouveau d'une douleur fixe au creux épigastrique, exagérée par l'arrivée des aliments. Pas de vomissements alimentaires, quelques rares régurgitations salivaires et glaireuses.

2 novembre. — Depuis deux jours l'état a empiré. *Température rectale : 40 degrés.*

3 novembre. — Dyspnée ; pas de cyanose ; mort.

Autopsie. — Extérieurement, le cardia présente une masse cancéreuse en forme d'anneau, mesurant environ cinq centim. de hauteur ; l'ouverture de l'œsophage dans l'estomac n'est pas complètement imperméable, mais néanmoins très rétréci.

On ne voit pas d'ulcérations du néoplasme dont le tissu, d'une dureté considérable, crie sous le scalpel.

Poumons sains. Rien de particulier aux autres organes.

Nous terminerons en citant quelques observations recueillies dans le *Bulletin de la Société anatomique* :

OBSERVATION XI

Cancer aigu de la plèvre et du poumon recueillie dans le service de M. Bucquoy par M. Fourestié, interne.

Une femme de 50 ans opérée à 3 reprises différentes d'une tumeur du sein est tout à coup prise de frissons, de point de côté, de dyspnée et de toux accompagnée d'une expectoration blanche et noirâtrée.

Ces divers symptômes (*fièvre, dyspnée*) vont en augmentant ; aussi, quinze jours après le début, pratique-t-on la thoracotomie qui donne issue à 1800 gr. d'un liquide parfaitement limpide.

L'état de la malade, loin de s'améliorer s'aggrave tous les jours ; les accès de suffocation se succèdent, et la malade meurt asphyxiée *un mois 1/2* après le début des accidents pulmonaires.

A l'autopsie, on trouve la plèvre droite épaissie, des noyaux

cancéreux disséminés en grand nombre dans les deux poumons. *Le pneumogastrique droit est englobé et comprimé par des ganglions cancéreux.*

Rien ailleurs.

OBSERVATION XII

Cancer aigu du poumon. Darolles.

Thèse de Paris, 1877.

Il s'agit d'un homme âgé de 28 ans entré le 6 mars 1865 à Lariboisière dans le service de M. Oulmont pour une névralgie sciatique gauche. Cette névralgie avait cédé à l'usage des bains sulfureux et le malade allait quitter l'hôpital lorsqu'il fut pris tout à coup de fièvre intense, courbature générale, toux, douleurs thoraciques vagues, gêne de la respiration inappétence... L'auscultation fit entendre dans les premiers jours de nombreux râles ronflants et sibilants disséminés dans les deux poumons. Ces râles ne tardèrent pas à se transformer en râles sous-crépitaux qui furent perçus également dans toute la hauteur de la poitrine. Les phénomènes stéthoscopiques n'ont pas varié pendant tout le temps de la maladie si ce n'est que les râles sous-crépitaux sont devenus de plus en plus humides. *Pendant près d'un mois que la maladie a duré, la fièvre a été vive, continue, les transpirations abondantes ; l'affaiblissement s'est de plus en plus prononcé ; l'amaigrissement a fait de rapides progrès ; l'appétit a toujours été presque complètement nul ; la diarrhée a été persistante ; les crachats n'ont jamais été différents de ceux qui existent dans la bronchite ; la face a toujours présenté une pâleur considérable et quelquefois une*

expression d'égarement. L'intelligence conservée intacte jusqu'au dernier jour : à peine un peu de délire calme quelques heures avant la mort qui est survenue le 10 juin.

A l'autopsie, on a trouvé *des masses cancéreuses dures*, quelques-unes en voie de ramollissement dans les deux poumons, surtout au poumon gauche. La plus volumineuse était située de ce côté, vers l'angle de l'omoplate. Les bronches étaient injectées.

Des masses cancéreuses existaient dans plusieurs autres organes (reins et pancréas). L'intestin était sain.

OBSERVATION XIII (résumée).

Cancer primitif du foie avec cirrhose.

L. Tollemer. Bull. Soc. anat., 1891.

H... Jean, 73 ans, entre le 20 août 1891, à l'hospice d'Ivry pour douleurs dans le côté droit et l'épaule droite. Ces douleurs s'étant un peu calmées, il sort le 25. Le 28 septembre, il revient : depuis 15 jours il a de la diarrhée et les douleurs ont reparu. Il est affaibli et a du dégoût pour les aliments. Le teint est légèrement terreux. L'examen de la poitrine ne dénote rien d'anormal. Le foie est gros : il déborde les fausses côtes de 9 centimètres $1/2$ à l'épigastre et de 8 centimètres dans la ligne mamelonnaire ; il est lisse, arrondi ; la palpation est un peu douloureuse. Pas d'ascite. La rate ne paraît pas hypertrophiée. Il y a de la fièvre : 38° le 29 septembre au matin, puis $38^{\circ},8$ le soir ; le lendemain, la fièvre tombe pour remonter le 1^{er} octobre à $38^{\circ},9$. La température est à 38° le 3 et le 4 au soir, puis redevient normale. Le malade sort le 12 octobre sans changement notable. Il

rentre le 17 plus affaibli et amaigri : il ne se nourrit plus et a de la diarrhée. Le ventre est plus ballonné ; au niveau du foie, on a des bosselures peu nettes. L'urine contient de l'albumine.

23 octobre. — Le malade n'a toujours ni vomissements, ni ictère, mais il a de plus en plus de dégoût des aliments et la cachexie fait de rapides progrès : il tousse un peu, présente des râles de bronchite disséminés, et ressent quelques douleurs spontanées dans l'hypochondre droit. Le 10 novembre, le foie déborde de trois travers de doigt les fausses côtes ; son bord inférieur est facilement accroché par les doigts. Le ventre est ballonné, il y a de l'ascite et des douleurs spontanées au niveau du foie. Le malade ne prend pour ainsi dire rien mais ne vomit pas le peu de lait ou de bouillon avalé. La température rectale est montée le 5 et le 9 novembre à 38°,2. La cachexie augmente et la mort arrive le 17 novembre.

Autopsie. — Les deux plèvres renferment une minime quantité de liquide citrin. L'ascite est modérément abondante. Le foie pèse 1.770 grammes ; il n'adhère pas aux organes voisins. Sa couleur est changée : il est blanc jaunâtre. Il est très dur au couteau ; la coupe est lisse : le lobe droit est transformé en îlots de substance blanche et jaune disposés en amas diffus dans la substance hépatique. Ce cancer est remarquable par sa dureté ; la coupe du foie ne s'affaisse pas, les îlots cancéreux ne sont pas ramollis. Le lobe gauche est bien moins malade et présente l'aspect d'un foie cirrhotique ; il renferme cependant de petits nodules néoplasiques. Au pourtour du cholédoque, on trouve quelques ganglions lymphatiques durs, cancéreux. Le canal cholédoque est fortement dilaté, probablement à cause de la compression exercée par un de ces ganglions. Les deux poumons sont emphysémateux et présentent de la bronchite ; du

pus sort par la coupe des bronches. Le poumon droit présente en outre deux noyaux durs, blancs, probablement cancéreux.

Rien aux autres organes.

Ces observations nous semblent probantes ; dans toutes nous voyons que le cancer est loin d'être ulcéré : qu'il est même remarquable par sa dureté. L'observation XIII pourrait cependant soulever une objection ; on voit en effet à l'autopsie que les poumons sont emphysémateux, qu'il existe des lésions de bronchite et que « du pus sort par la coupe des bronches. » Cela est-il suffisant pour expliquer la température, qui, à certains moments, atteint 38°,8 et 38°,9 ? Nous ne le pensons pas. L'emphysème, et la bronchite qui l'accompagne à peu près constamment, sont des affections chroniques ordinairement peu fébriles : il n'est pas rare d'observer chez les vieillards des catarrhes mucopurulents apyrétiques.

Si d'ailleurs la bronchite avait dû être cause de la fièvre, elle eût été bruyante et aurait donné lieu à des symptômes cliniques sérieux et à des signes physiques appréciables. Or, il est dit que « l'examen de la poitrine ne révèle rien d'appréciable. » Il ne semble donc pas irrationnel, en présence de lésions si peu pyrétogènes, d'attribuer la fièvre à la grosse lésion qui causa la mort, au cancer. En tout cas, c'est là une hypothèse qui mérite d'être envisagée et qu'il y aura lieu à l'avenir, par des recherches et des observations dirigées dans ce sens, de vérifier avec soin.

CHAPITRE III

Description de la fièvre cancéreuse.

Nous venons de passer en revue rapidement les différentes variétés de fièvres dans le cancer. Il nous reste maintenant à dire quelques mots des symptômes qui semblent être propres à la fièvre cancéreuse. La lecture des divers travaux ou observations ayant trait à ce sujet montre que, le plus souvent, la fièvre, chez les cancéreux, simule la fièvre intermittente et affecte d'ordinaire le type quotidien. Habituellement, les choses se passent de la façon suivante : le soir, ou pendant la première partie de la nuit, le malade, après avoir éprouvé une sensation de malaise général, ressent une céphalalgie d'intensité variable, des frissons plus ou moins violents et une chaleur générale ; dans la seconde partie de la nuit, la peau devient moite et la transpiration s'établit ; quelquefois, les sueurs sont visqueuses. Dans l'intervalle des accès, il peut y avoir apyrexie complète, mais cela est rare, et le plus souvent la fièvre est continue.

Cette fièvre, qui peut durer des semaines et même des mois, complique singulièrement le diagnostic ; aussi est-il parfois très difficile de la différencier dans la fièvre paludéenne.

Au point de vue des signes physiques, on a dit que la

fièvre cancéreuse ne s'accompagnait point d'hypertrophie de la rate. Cela semble vrai dans la majorité des faits, mais on en a cité où le néoplasme gênant par son volume ou sa situation la circulation des veines porte ou caves, pouvait déterminer une congestion passive de la rate et par suite de la splénomégalie.

Les meilleurs éléments de diagnostic semblent être la recherche soigneuse des commémoratifs et l'essai de la quinine. Certes, ce n'est pas l'existence d'une fièvre qui pourra faire diagnostiquer un cancer; cependant, exceptionnellement, chez un malade qui, par son âge, a le droit d'avoir du cancer; dont l'état général est plutôt mauvais; (nous supposons que les symptômes spéciaux à chaque variété de cancer n'ont pas encore fait leur apparition) et qui, d'autre part, n'a jamais séjourné dans des pays suspects au point de vue de l'impérialisme, il sera permis de songer à la nature spéciale possible de la fièvre.

CHAPITRE IV

Pathogénie de la « fièvre cancéreuse ».

Nous avons essayé de montrer, par divers exemples pris dans la littérature médicale, qu'on pouvait observer dans l'évolution du cancer une fièvre spéciale, produite par la tumeur elle-même en l'absence de toute complication. Il faudrait maintenant chercher à donner l'explication de cette fièvre, voir quelle est sa cause première et comment elle agit.

L'opinion la plus courante à l'heure actuelle considère le cancer comme élaborant des poisons; et ces poisons utilisant la voie sanguine et la voie lymphatique, se répandent dans l'organisme, l'intoxiquent et expliquent ainsi la généralisation de l'affection primitive.

Plusieurs expériences ont été faites à ce sujet et semblent démontrer la vérité de cette hypothèse.

En 1890, Adamckiewicks (*Wiener med. Blatt*, n° 26), a trouvé un produit toxique, la *cancroïne* qui agirait, paraît-il, comme un véritable poison de la moelle, et amènerait divers phénomènes tels que la mydriase et des mouvements tétaniformes.

Cinq ans plus tard, M. Ch. Richet fit une communication à la *Soc. de Biologie*, sur les effets toxiques des injections intra-veineuses de tumeurs cancéreuses,

Ayant pris toutes les précautions nécessaires pour éviter des embolies expérimentales, il injecta dans les veines de plusieurs lapins le liquide provenant de la trituration de tumeurs cancéreuses. Les animaux succombèrent rapidement. La même expérience tentée sur des chiens aboutit au même résultat et à dose relativement très faible : « Dans certains cas, il suffit d'un cent. cube de liquide pour tuer un chien pesant 20 kilogs, ce qui répond « à 1 gr. de tumeur cancéreuse ». Quant au mécanisme de la mort, M. Richet pense qu'il se fait par embolies résultant de thromboses déterminées par les toxines ; d'abord, parce que les animaux meurent en présentant la plupart des symptômes de cette affection (« il survient du nystagmus, des respirations asphyxiques, des phénomènes de rotation sur l'axe de déviation conjuguée des yeux, avec raideur du cou, tous phénomènes dus à des troubles graves de la respiration bulbaire »), ensuite, parce que dans toutes les expériences, le cœur des sujets était rempli de caillots ; il est facilement admissible que des caillots détachés aillent obstruer des artères pulmonaires ou cérébrales et provoquer de l'embolie. En terminant, M. Richet fait remarquer que les injections de tumeurs épithéliales ouvertes ont un effet coagulant bien plus marqué que celles de tumeurs sarcomateuses ou carcinomateuses non ulcérées.

En 1896, M. Guyon rendit compte à l'académie des sciences des études faites par MM. Simon Duplay et Sivoire relativement à la toxicité des urines dans les affections cancéreuses. Contrairement aux affirmations de Griffit, les expérimentateurs n'ont pu constater l'existence

d'une toxine spéciale dans l'urine de sujets atteints d'èpithéliomes. Par contre, dans un cancer mélanique, ils ont trouvé un poison de ce genre qu'ils ont pu isoler.

De ces expériences, on est à peu près en droit de conclure que le cancer fabrique des toxines et empoisonne l'organisme.

Reste à savoir, et ce point nous intéresse particulièrement, si ces toxines peuvent expliquer la fièvre dans le cancer.

Il n'y a pas encore eu, croyons-nous, d'expériences à ce sujet, en ce qui concerne du moins les propriétés pyrétogènes des toxines cancéreuses. Mais d'autres toxines ont été étudiées et on a pu voir qu'elles jouissaient de propriétés de ce genre. MM. Gley et Charrin ont montré que certaines d'entre elles avaient une action vaso-dilatatrice et élevaient la température; et tout récemment, MM. A. Laveran et Mesnil (1) ont montré que la sarcocystine, toxine des sarcosporidies, déterminait chez le mouton et le porc un abaissement de température quelquefois considérable.

Il semble donc prouvé dès maintenant que les toxines ont une action réelle et certaine sur la température. De là à conclure que la fièvre cancéreuse relève de cette cause, il n'y a qu'un pas à faire, mais ce pas ne pourra être fait que le jour où de nouvelles expériences viendront prévenir toute objection et affirmer une vérité que l'on peut seulement soupçonner aujourd'hui.

1, *Compte-rendu de la société de Biologie*, avril 1899,

CONCLUSIONS

I. — Le Cancer s'accompagne assez fréquemment de fièvre à une période variable de son évolution.

II. — La fièvre dans le Cancer ne relève pas d'une pathogénie unique.

III. — Il y a lieu de distinguer plusieurs variétés de fièvre dans le cancer.

A. — La fièvre est le résultat d'une maladie intercurrente.

B. — La fièvre est due à une complication septique éloignée.

C. — La fièvre est due à une complication septique de voisinage.

D. — La fièvre est due à l'infection du cancer lui-même.

E. — La fièvre est essentielle : c'est *la fièvre cancéreuse*.

IV. — On ne peut encore faire que des hypothèses sur la pathogénie de la fièvre cancéreuse. La plus probable de ces hypothèses est celle qui rattache cette fièvre à une auto-intoxication de l'organisme par suite du développement de toxines pyrétogènes dans la néoplasie.

V. — La fièvre dans le Cancer a une grande importance pronostique puisqu'elle est en général l'indice d'une complication infectieuse ; que, d'autre part, elle indique souvent que le cancer est ulcéré, et enfin, dans certains cas, peut révéler la marche aiguë du cancer.

Vu par le président de la thèse,

HUTINEL

Vu par le Doyen,

BROUARDEL

Vu et permis d'imprimer :

le Vice-Recteur de l'Académie de Paris

GRÉARD

BIBLIOGRAPHIE.

- LEBERT. — Traité pratique des maladies cancéreuses. Paris 1851.
- VELPEAU. — Traité des maladies du sein. Paris, 1854.
- BROCA. — Traité des tumeurs. Paris, 1866.
- VIRCHOW. — Traité des tumeurs cancéreuses. Traduction française, 1869.
- Dictionnaire Nysten. Art. Cancer.
- MANGIN BOQUEL. — De la fièvre hectique. Paris, 1896.
- BOUCHARD. — Maladies par ralentissement de la nutrition.
- AUSSOURD. — Thèse de Paris, 1883.
- LETULLE. — Pus et suppuration.
- LONGUET. — Des néoplasmes.
- GARCIN. — Thèse de Lyon.
- Province médicale. Année 1892.
- Presse médicale, 1892-1896.
- Bulletin Soc. Anat.
- Revue de médecine, 1888.

